

Nuovi modelli di intervento nel territorio valdostano¹

Osservazioni sulle esperienze iniziali del Servizio Socio-Educativo Territoriale “Millefiori”

di Vanda Boffa², Nicolò Terminio³

Riassunto

In questo lavoro vengono presentati alcuni **dati clinici** provenienti dalle esperienze iniziali del Servizio Socio-Educativo Territoriale “Millefiori”, che nell’intenzione iniziale è stato progettato con la funzione principale di accompagnamento nel territorio di soggetti tossico/alcolodipendenti che hanno già svolto un trattamento terapeutico. L’**obiettivo argomentativo** consiste nel mostrare le potenzialità terapeutiche di un Servizio Territoriale che, nell’esperienza dell’incontro con i pazienti, si è rivelato sempre più duttile come strumento di primo “aggancio” e intervento nei casi di giovani pazienti borderline con problemi di tossicodipendenza. Vengono quindi discusse le questioni psicopatologiche dei pazienti presi in carico e le strategie di intervento applicate.

Parole chiave: lavoro di rete, interventi territoriali, psicopatologia, tossicodipendenza.

1. Introduzione

Il trattamento delle tossicodipendenze deve fare sempre più i conti con l’evoluzione dei bisogni dei pazienti. La complessità delle nuove situazioni cliniche implica la necessità di sviluppare nuovi modelli terapeutici più duttili ed efficaci che considerino il soggetto con il suo mondo interno e con la sua storia, inserito in un contesto familiare e sociale che partecipa allo sviluppo (evolutivo/involutivo) della sua personalità, modificandola e rimettendola continuamente in gioco. Questa direzione è in linea con le innovazioni che riguardano il nuovo DSM-5 dell’American Psychiatric Association, dove viene ipotizzato di approfondire e ampliare l’asse relativo alle condizioni e ai problemi psicosociali e ambientali (l’attuale asse IV), quali ad es. problemi con il gruppo di supporto primario, di alloggio, economici, ecc.⁴

¹ Testo pubblicato su *L’altro. Rivista quadrimestrale della Società Italiana per la Formazione in Psichiatria. Sezione Speciale della Società Italiana di Psichiatria*, 2011, XIV, n. 2, pp. 28-34.

² Psicoterapeuta, già responsabile clinico del Servizio territoriale Millefiori, Coop. Bourgeon de Vie, Quart (AO). Attualmente svolge la sua attività privata tra Aosta e Agrigento.

³ Psicoterapeuta, Ph.D. in “Ricerche e metodologie avanzate in Psicoterapia”.

⁴ Si rimanda alla voce “Other Conditions that may be the focus of clinical attention” sul sito internet www.dsm5.org.

Nell'ambito della letteratura scientifica viene evidenziato che le prospettive di trattamento e di intervento più efficaci per la tossicodipendenza e l'alcolismo debbano essere diversificate. Le ricerche effettuate dimostrano che i processi terapeutici mirano innanzitutto al ridimensionamento del comportamento di abuso per rivolgersi poi in modo progressivo alla soluzione delle aree più problematiche, come le relazioni familiari, i problemi legali, le condizioni mediche, i sintomi psichiatrici e l'impegno lavorativo. Le ricerche sui costi-benefici evidenziano inoltre l'opportunità di tali trattamenti al fine di ridurre i costi legati ai comportamenti criminali,⁵ a incidenti stradali e alle stesse spese di assistenza sanitaria.⁶

Gli studi sull'efficacia dei trattamenti suggeriscono la necessità di includere nell'ambito del percorso di cura non solo il trattamento residenziale dei problemi legati all'abuso, ma anche un successivo "sostegno sociale specifico":⁷ si tratta di una questione clinica e sociale che evidenzia tutta la sua rilevanza soprattutto in riferimento alle possibili ricadute nel comportamento di abuso.⁸ Il momento delle dimissioni da un trattamento residenziale o il rilascio da una condizione di affidamento in una struttura⁹ costituisce un transito cruciale per la stabilizzazione dei risultati terapeutici precedentemente ottenuti. I programmi di supporto sociale e di reinserimento nel territorio intendono configurare nella realtà della vita quotidiana le condizioni di possibilità per un transito effettivo verso uno stile di vita adeguato al benessere del soggetto e del contesto sociale che si troverà, inevitabilmente, ad "accoglierlo".

Il problema dell'attuazione di politiche di intervento nel campo della tossicodipendenza rimane ancora "quello del superamento di una concezione del fenomeno come problema esclusivo di controllo e assistenza sociale rivolto a soggetti in stato patologico conclamato per arrivare a comprendere la sua natura del problema sociale che va analizzato ed affrontato in un quadro di intervento più articolato e ricco con l'obiettivo di raggiungere un riposizionamento complessivo delle strategie di intervento".¹⁰

I referenti istituzionali della sanità pubblica valdostana, evidenziando un ascolto attento a questi mutamenti clinici e sociali legati al mondo delle tossicodipendenze

⁵ Giglio F. (a cura), *Divertiti! Imperativo presente. Psicoanalisi, abuso di sostanze e "discorso del capitalista"*, Angeli, Milano 2009.

⁶ National Institute on Drug Abuse, *Principles of Drug Addiction Treatment: A Research Based Guide*, NIH Publication, 1999.

⁷ Moos R.H., Moos B.S., "Treated and untreated individuals with alcohol use disorders: Rates and predictors of remission and relapse", *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2006, 6(3), pp. 513-526.

⁸ Polcin D.L., "Communal Living Settings for Adults Recovering from Substance Abuse", *Journal on Groups in Addiction and Recovery*, 2009, 4, pp. 7-22.

⁹ Petersilia J., "When prisoners return to the community: political, economic, and social consequence", *Sentencing and Corrections*, 2000, 9, pp. 1-8.

¹⁰ Fazzi L., Scaglia A. (a cura), *Tossicodipendenza e politiche sociali in Italia*, Angeli, Milano 2001, p.11.

(e non solo), hanno dato il loro contributo attraverso la costruzione di protocolli, di linee guida e di nuove formule di trattamenti. In particolare, in linea con quanto previsto nel piano per la salute e il benessere sociale per il triennio 2006/2008, essi hanno proceduto al rilascio dell'accreditamento istituzionale alla Cooperativa "Bourgeon de Vie" per l'apertura di un nuovo servizio territoriale socio-educativo per soggetti tossico/alcoldipendenti che rientra nella "tipologia e setting di accompagnamento territoriale".

In questo lavoro vengono presentati alcuni dati clinici provenienti dalle esperienze iniziali del Servizio Socio-Educativo Territoriale "Millefiori", con lo scopo di discutere le questioni relative alle condizioni psicopatologiche e alle strategie di intervento applicate. L'obiettivo argomentativo consiste nel mostrare le potenzialità terapeutiche di un Servizio Socio-Educativo che nell'intenzione iniziale era stato progettato con la funzione principale di accompagnamento nel territorio di soggetti che avevano già svolto un trattamento terapeutico in comunità e che, nel corso dell'esperienza dell'incontro con i pazienti, si è rivelato sempre più duttile come strumento di primo "aggancio" e intervento nei casi di giovani pazienti borderline con problemi di tossicodipendenza.

2. Caratteristiche del Servizio Territoriale "Millefiori"

2.1. Coordinate istituzionali

Il Servizio Socio-Educativo Territoriale "Millefiori" è stato progettato e proposto dalla Cooperativa Sociale "Bourgeon de Vie". Attualmente il Bourgeon de Vie è impegnato nelle attività clinico-riabilitative di quattro Servizi presenti nel territorio della Regione Autonoma Valle d'Aosta:

- la Comunità terapeutica, denominata Servizio Specialistico Residenziale per soggetti con patologie invalidanti correlate all'abuso di sostanze;
- il Servizio Socio-Educativo di Accompagnamento Territoriale "Millefiori" per soggetti con problematiche di dipendenza patologica;
- il Servizio Regionale "Orchidea" di Accoglienza ed Assistenza diurna per persone con disabilità psicofisiche e per i loro familiari;
- il Servizio Regionale "Myosotis" di Accoglienza ed Assistenza diurna per persone con disturbi pervasivi dello sviluppo.

La Cooperativa "Bourgeon de Vie" ha in atto una convenzione con l'Azienda USL di Aosta dal 1994 per la cura delle tossicodipendenza e dell'AIDS. La convenzione nel tempo si è modificata adattandosi alle esigenze emergenti del contesto clinico e sociale della Regione Valle d'Aosta.

Il Servizio Socio-Educativo Territoriale “Millefiori” è diventato operativo a partire dal primo gennaio 2010. Il funzionamento del servizio prevede 2200 ore annuali di attività. Si rivolge a soggetti (alcolisti e tossicodipendenti) ben compensati, con disponibilità di abitazione e/o risorse familiari/affettive ma che necessitano di accompagnamento per affrontarle.

Per l’inserimento al Servizio Territoriale di un utente è necessario seguire una procedura definita all’interno dell’accordo contrattuale stipulato. Esso definisce che “tutti i centri che intercettano la domanda e i fenomeni di dipendenza patologica da sostanze legali o illegali (primo contatto) devono inviarli al Ser.T. che, tramite l’équipe multidisciplinare di accoglienza, provvede all’osservazione e diagnosi finalizzata all’inquadramento della domanda, all’attivazione di eventuali interventi di urgenza, alla elaborazione di una ipotesi di obiettivi. Il processo di presa in carico [...] si completa con la presentazione del caso al gruppo di Progettazione, Orientamento e Valutazione (P.O.V.), utilizzando una chiara, condivisa base informativa, il quale ha il compito, sulla base di quanto istruito dall’équipe di accoglienza di decidere gli obiettivi al fine di individuare, fra le opportunità della rete dei servizi, il servizio territoriale come quello che meglio risponde ai bisogni dell’utenza”.

2.2. Finalità

Le finalità che si propone il Servizio Socio-Educativo Territoriale “Millefiori” riguardano:

- la prevenzione delle ricadute nel senso di un allontanamento dalle occasioni di ricaduta, e la cura della persona;
- l’acquisizione dell’autonomia dalla sostanza d’abuso e la stabilizzazione della stessa;
- lo sviluppo di risorse disponibili;
- l’accompagnamento ed il sostegno verso l’autonomizzazione sociale e lavorativa;
- lo sviluppo delle capacità di leggersi e nel progettare la propria vita;
- l’attivazione della rete dei servizi nell’interesse e nel rispetto della storia dell’utente.

Il Servizio Territoriale “Millefiori” si propone di offrire ad ogni utente un Progetto Socio-educativo Individualizzato (PEI). Esso viene costruito in accordo con il soggetto coinvolto, dove possibile e utile, vi è il coinvolgimento dei familiari e il lavoro educativo viene svolto in una logica di rete. Ciò significa che la costruzione del progetto non può prescindere dal dialogo con le altre Istituzioni

della rete che hanno partecipano alla presa in carico. È un processo dinamico, in costante monitoraggio e passibile di continue modifiche. Gli obiettivi che guidano la richiesta di presa in carico di un soggetto dovrebbero essere intesi prevalentemente in senso *socio-educativo*, cioè volti alla promozione delle risorse soggettive che possono sostenere il percorso verso l'autonomia e la capacità di progettare la propria vita. Infine, il progetto è *individualizzato*, ossia viene costruito tenendo conto della situazione del soggetto coinvolto: dei suoi bisogni, delle sue risorse e dei suoi legami.

2.3. Strategie e modalità di intervento

Le strategie e le modalità di intervento di cui si avvale il Servizio Territoriale “Millefiori” sono:

- interventi domiciliari;
- counseling psicologico;
- sostegno telefonico;
- accompagnamenti in mansioni pratiche quotidiane sul territorio e nella gestione economica;
- bilancio di competenze;
- accompagnamento verso altri servizi volti a sostenere una logica di rete (medico di base, Ser.T., gruppi di auto-mutuo-aiuto);
- sostegno alle famiglie;
- attività socializzanti con inserimenti in laboratori artistici, sportivo-motori, musicali;
- attività di progettazione.

2.4. Verifiche in itinere

Affinché la teoria e l'esperienza sul campo possano continuare ad essere reciprocamente costruttivi sono stati individuati le seguenti modalità di monitoraggio e di analisi:

- Verifiche interne: avvengono durante le riunioni d'équipe e gli aggiornamenti tra il responsabile clinico e gli educatori.
- Verifiche in rete: vengono organizzati incontri a cui partecipano gli attori dei diversi servizi coinvolti sullo stesso caso.
- Supervisioni dell'équipe: avvengono una volta al mese, prendendo in considerazione gli aspetti organizzativi del lavoro d'équipe e, al contempo, le problematiche cliniche di ciascun paziente.

- Riunioni del POV: si tratta della riunione settimanale del gruppo POV (Progettazione, Orientamento e Valutazione) con sede al Ser.T., che vede tra i partecipanti i professionisti della sanità pubblica e del privato sociale.
- Procedure di qualità: sebbene il Servizio non abbia ancora ricevuto la certificazione di adeguamento alla normativa UNI EN ISO 9001: 2008, vengono rispettati i parametri stabiliti dalla ISO 9001 per il controllo della qualità dell'erogazione del servizio.

2.5. Tipologia pazienti

Nel 2010 il Servizio Territoriale “Millefiori” ha preso in carico 18 pazienti. Le caratteristiche di ciascuno sono molto eterogenee per età, sesso, tipo di dipendenza e bisogni. In modo indicativo, cercando di costruire una mappa che faciliti il lavoro di rielaborazione e di costruzione di un modello, possiamo raggruppare i soggetti in due gruppi principali:

- a) Giovani (16–29 anni) con una situazione familiare molto compromessa e/o difficile, con una vita “complicata”, e in genere politossicodipendenti.
- b) Adulti (41–63 anni) con situazioni familiari deteriorate e/o complicate, con una lunga storia di dipendenza alle spalle, con varie esperienze di comunità e/o carcere, e frequentemente con una situazione ormai cronica dal punto di vista organico. In genere, in queste situazioni, la dipendenza principale è da alcool ed è frequente una comorbilità con altri disturbi psichiatrici (Asse I) o disturbi di personalità (Asse II).

I soggetti che rientrano nel Gruppo A sono in totale 11 (5 femmine e 6 maschi), di cui:

- 2 sono presi in carico solo per il laboratorio di ArteTerapia (2 femmine);
- 1 è un drop-out nella fase di accoglienza;
- 2 sono dimessi con successo perché raggiunti gli obiettivi concordati (è proseguita la presa in carico da parte del Ser.T);
- 1 è reinserito nella struttura residenziale gestita dalla stessa cooperativa che si occupa del servizio territoriale e si è sperimentato un intervento integrato;
- 5 sono presi in carico.

I soggetti che rientrano nel Gruppo B sono 7 (2 femmine e 5 maschi), di cui:

- 1 drop-out nella fase di accoglienza;
- 6 presi in carico.

3. Psicopatologia, tossicodipendenza e territorio

3.1. La complessità clinica dei pazienti giovani

Questa tipologia di soggetti si contraddistingue per la complessità clinica e talvolta per la gravità della situazione sociale. Il nostro campione di riferimento, seppur esiguo, riflette delle caratteristiche psicopatologiche che sono in linea con quanto è stato evidenziato in due impegnative ricerche longitudinali¹¹ su un campione di 593 soggetti rappresentativi della popolazione adolescenziale svizzera. Le ricerche hanno preso in esame tre momenti diversi dello sviluppo: dalla prima adolescenza alla giovane età adulta (dati raccolti nel 1994, nel 1997 e nel 2001), mostrando che le caratteristiche predisponenti allo sviluppo della tossicodipendenza (e al suo perdurare), sono le seguenti:

- il genere maschile è più colpito (soprattutto nella media e tarda adolescenza);
- sono soggetti che hanno la tendenza nella prima adolescenza ad attuare dei passaggi all'atto che riflettono una scarsa capacità di mentalizzazione;
- nella media e tarda adolescenza si aggiungono un vissuto di "mancanza di possibilità di partecipazione a scuola, dove l'insegnante è percepito come autoritario e allo stesso tempo il ragazzo gode di un ampio consenso da parte dei gruppi dei pari";
- le figure genitoriali (una o entrambe) vengono percepite come rifiutanti, controllanti e soprattutto non vengono riconosciute come un sostegno;
- inoltre, questi ragazzi tendono a sviluppare un modello di *coping* per affrontare le difficoltà della vita basato principalmente sulla passività e l'evitamento;
- da ultimo, ma per questo non meno importante, nella vita di questi ragazzi, spesso si sono verificati più frequentemente traumi ed eventi stressanti importanti.

Tali studi forniscono ulteriori prove che l'uso problematico di alcol tra i giovani è frequente ed è associato ad una varietà di problemi mentali e psicosociali. L'uso di alcol e di sostanze quindi è sia il riflesso della modalità di vita *passata* (nella sua dimensione individuale, familiare e sociale), sia la causa di uno stile di vita *attuale* che si caratterizza principalmente nella presenza di maggiori elementi stressanti a cui il soggetto risponde con reazioni inefficaci, in una situazione in cui il comportamento dei genitori non è (o non è più) supportivo e i legami sociali si dimostrano sempre più liquidi. Emergono di conseguenza problemi emozionali e comportamentali di varia natura, come per esempio reazioni sempre più negative

¹¹ Steinhausen H.-C., Eschmann S., Winkler Metzke C., "Continuity, psychosocial correlates and outcome of problematic substance use from adolescence to young adulthood in a community sample", *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2007, 1(12), pp. 9; Steinhausen H.-C., Eschmann S., Heimgartner A., Winkler Metzke C., "Frequency, course and correlates of alcohol use from adolescence to young adulthood in Swiss community survey", *BMC Psychiatry*, 2008, 8(5), pp. 12.

verso gli avvenimenti della vita, bassa autostima, ansia, depressione, comportamenti aggressivi e autolesivi, delinquenziali ecc.

La modalità di uso della sostanza inoltre non è costante e forse è una forma di dipendenza diversa. Infatti questi ragazzi riferiscono di stare anche dei periodi più o meno lunghi senza farne uso per poi magari abusarne molto pesantemente in qualche episodio in cui “volevano sballare, o per non pensare e sfuggire a qualche problema”. Altra caratteristica particolare di queste nuove forme di uso delle droghe è la dimensione socializzante di cui vengono investite. Molto significativa a tale proposito è l'affermazione di una paziente di circa 27 anni, da poco uscita dalla dipendenza, che parlando della sorella di 20 anni, anch'ella tossicodipendente, affermava: “per me era più facile, perché chi si faceva allora era in qualche modo emarginato, ora è emarginato chi non si fa!”

3.2. I bisogni dei pazienti giovani

Nel caso dei pazienti giovani devono essere sostenute fin da subito delle strategie di intervento che riguardano due obiettivi congiunti: rispondere a una questione di urgenza e allo stesso tempo ricostruire la storia del soggetto e della sua famiglia. Questi ragazzi possono essere in carico al Ser.T. da troppo poco tempo, le informazioni su di loro sono frammentate e parziali; a volte o in passato possono essere stati presi in carico da altri servizi (es. servizi per i minori ecc.), o gli stessi genitori possono essere utenti del Ser.T.

Il bisogno che emerge in modo più evidente è che qualcuno si prenda carico dell'enorme sofferenza che questi ragazzi esprimono, rimandando un senso di smarrimento e di solitudine. Qualcosa nel rapporto con il mondo esterno si è incrinato (nelle dinamiche familiari, piuttosto che nel gruppo dei pari, nella scuola o nel lavoro), e l'equilibrio precario che si erano costruiti non regge più. Inizialmente, il soggetto vorrebbe che tutto tornasse come prima, o che si ritornasse là dove i guai sono iniziati con l'idea utopistica di riscrivere la propria storia. Un ragazzo in un incontro, rivolgendosi alla madre, disse: “ma ti rendi conto dove saremmo oggi se tu non avessi fatto uso di sostanze?” Un altro paziente riferisce: “vorrei che le cose tornassero come prima e che ritornassi a casa da mio padre” o ancora: “in fondo io a mia mamma le voglio proprio bene, ma da quando è arrivato lui – il nuovo marito – è cambiato tutto”. In tutto ciò si paralizza la possibilità di progettare: non esiste più né il passato (i ricordi vengono vissuti come se fossero appena accaduti nel qui ed ora) e tanto meno un futuro. È come se fossero congelati in un presente che si ripete continuamente allo stesso modo. Anche la possibilità di realizzare i desideri sembra preclusa: dal percepire un desiderio al

realizzarlo si crea uno iato senza tempo e senza ordine dove è facile smarrirsi. Quello che questi ragazzi chiedono è innanzitutto un rapporto autentico con l'educatore, inconsciamente sembrano chiedere di essere considerati soggetti relazionali e non oggetti come più spesso è capitato loro. E qui emerge la prima criticità perché la richiesta avviene a livello inconscio, mentre nella dimensione concreta essi mettono in atto le modalità relazionali disfunzionali che hanno appreso.

3.3. I pazienti adulti: nuove forme di cronicità

Attraverso la descrizione dei soggetti appartenenti a questo secondo gruppo, fatta eccezione per un singolo utente (con cui si può effettivamente lavorare per il raggiungimento di un'autonomia totale), emerge la questione delle nuove forme di cronicità.

Tali pazienti presentano limiti seri e invalidanti sul piano individuale e/o familiare e/o di rete sociale. Si tratta spesso di soggetti con patologie organiche croniche, che mostrano comorbilità con sintomi psichiatrici di varia natura e difficoltà socio-relazionali di vario ordine e gravità. Nel tempo la situazione familiare si è disgregata: laddove ci siano ancora dei familiari presenti o disposti a collaborare, l'ambivalenza è frequente e le possibilità sono limitate per i motivi più vari (impegni lavorativi, problemi personali, vecchi rancori e/o dolori causati dal paziente). In altri casi addirittura la situazione è conflittuale o invischiante.

Nelle dinamiche sociali si concretizzano maggiormente gli aspetti sopra citati: nella difficoltà di mantenere un lavoro (per limiti relazionali, di gestione del conflitto, dello stress prestazionale o perché non sono più in grado di essere sufficientemente adeguati al mercato del lavoro), di costruirsi una rete sociale soddisfacente, di sapersi muovere nel mondo dei servizi, della burocrazia e della sanità.

La situazione di compenso rispetto all'abuso alcolico è presente in tutte i casi di questo secondo gruppo di soggetti, tranne per un caso: si tratta di una signora che ha perso il marito da pochi mesi ed ora sta emergendo il lutto e la propensione ad utilizzare l'alcol come farmaco per questo dolore. In alcuni casi invece la questione dell'abuso è compensata, ma è comunque presente un uso moderato del bere, soprattutto in compagnia di amici e conoscenti e in momenti di particolare solitudine o disagio.

3.4. I bisogni dei pazienti adulti

Per alcuni pazienti gli anni trascorsi in una comunità terapeutica sono serviti per fare esperienza di uno stile di vita più ordinato e per raggiungere una maggiore capacità di coping. Molti di loro sono tuttavia rimasti lontani dalla dimensione di vita quotidiana in una situazione mediata da terzi. Si ritrovano, giunti al Servizio Territoriale “Millefiori”, spaesati in un mondo che è andato avanti senza di loro. Queste persone si apprestano a riprovarci, laddove in passato hanno fallito. Dal punto di vista clinico diventa importante quindi anche aiutarle a fare i conti con i piccoli o grandi fallimenti, dolori, aspettative disattese che incontreranno nel vivere quotidiano in modo costruttivo. Oltre che, sostenerli nello sviluppare nuove relazioni e nel mettere a frutto le proprie risorse.

Gli interventi con questo gruppo hanno richiesto un numero minore di ore di presa in carico mensile, ma si ipotizzano tempi lunghi nell’accompagnamento in un’autonomia ancora tutta da costruire.

4. Osservazioni sull’esperienza pratica

Dal materiale riportato possiamo estrapolare alcuni elementi chiave attraverso cui descrivere le caratteristiche generali e le nuove specificità che definiscono la prospettiva di lavoro del Servizio Territoriale “Millefiori”. Si tratta di una riflessione iniziale, che si propone di sviluppare un modello di intervento sul territorio adatto alla complessità e alle diversità dei pazienti in carico.

Un primo elemento su cui riflettere riguarda le coordinate istituzionali che hanno inizialmente definito il progetto di lavoro del Servizio. Il Servizio Territoriale “Millefiori” è stato progettato per soggetti (alcolisti e tossicodipendenti) ben compensati, con disponibilità di abitazione e/o risorse familiari/affettive, ma che necessitano di accompagnamento per affrontarle. Dai dati clinici emergono delle situazioni molto diverse dalle attese, soprattutto per quanto riguarda il cosiddetto buon compenso e le risorse familiari. L’accompagnamento previsto verso l’autonomia si è tradotto in realtà in un lavoro sulla cronicità piuttosto che sull’evoluzione e la crescita personale.

Si pone dunque la questione di cosa si intenda con il termine *autonomia* se viene applicato a pazienti che hanno un grave disturbo di personalità dipendente o una lunga storia di dipendenza da alcool e/o sostanze stupefacenti. Si può quindi riformulare e ampliare uno degli obiettivi principali del Servizio “Millefiori” e ipotizzare che per alcuni di loro non sarà possibile raggiungere un’autonomia totale e l’essere seguiti territorialmente potrà rappresentare la migliore soluzione sia in termini di qualità di vita, sia di costo per la società, fintanto che le condizioni psico-fisiche lo consentiranno.

Per alcuni pazienti la comunità terapeutica ha già svolto la sua funzione, nel senso che il soggetto ha raggiunto gli obiettivi massimi per lui, ma non sufficienti per pensare a un reintegro reale nella società. Si tratterebbe quindi di stimolare le risorse residue dei soggetti senza sottovalutarne i limiti oggettivi e strutturali. La presa in carico in questo caso è da considerarsi in tempi lunghi e il ruolo dell'educatore può assumere la funzione di "Io ausiliario" nella significazione della realtà, aiutando anche il soggetto a incontrare la realtà non solo nelle parti idealizzate o positive, ma anche negli aspetti più resistenti e meno piacevoli, facendo i conti con essi e trovando soluzioni sempre più adattive. Quando parliamo di realtà intendiamo non solo gli aspetti pratici e concreti del quotidiano, ma anche la dimensione relazionale e sociale che forse in questa tipologia di pazienti è particolarmente investita di ansie, paure, resistenze ed evitamenti.

Un'altra declinazione del lavoro del Servizio Territoriale "Millefiori" è consistita nella richiesta crescente di interventi socio-educativi con soggetti giovani. In questi primi mesi di lavoro la richiesta della committenza si è rivolta sempre più verso la presa in carico di pazienti molto più giovani. Questo ampliamento del raggio di azione del Servizio Territoriale "Millefiori" induce una riflessione sulle caratteristiche della presa in carico, dei metodi di intervento e degli obiettivi da raggiungere.

In sintesi, le difficoltà che presentano questi ragazzi sono riconducibili a una serie di organizzatori psicopatologici:¹²

- La tossicodipendenza tra i giovani sta assumendo modalità e contorni molto differenti e specifici. Le richieste sono cambiate o, meglio, è cambiato il fatto che non c'è più una richiesta. Il soggetto fatica a riconoscere una qualche possibilità soggettiva nel modificare lo stato di cose, spesso si vive oggetto in balia del volere dell'Altro e non soggetto in una dimensione di incontro; l'oggetto è lui e allo stesso tempo rende oggetto l'Altro nei processi di rispecchiamento ed identificazione. I giovani non portano una domanda di aiuto autentica che si fonda sul loro disagio soggettivo. Si accorgono che qualcosa è cambiato rispetto al mondo esterno e la richiesta sembra essere piuttosto "sto male ma è l'esterno che deve cambiare perché io stia bene!"

Nel lavoro con questi ragazzi sembra mancare una reale domanda di cambiamento. Ciononostante, sembrano mostrare un grande bisogno che scaturisce da una mancanza di esperienze e dimensioni relazionali sane (l'incontro con l'altro al posto dell'incontro con la sostanza), e di un sostegno

¹² Foresti G., Rossi Monti M., "La diagnosi e il progetto. *Visioning* clinico e organizzatori psicopatologici", in *Esercizi di visioning. Psicoanalisi, psichiatria, istituzioni*, Borla, Roma 2010, pp. 103-123.

nella possibilità di progettare e costruire un futuro, con tutta l'ambivalenza e le resistenze legate alla giovane età, alla dimensione di sofferenza e alle possibilità reali di cambiamento.

- L'uso delle sostanze è diventato ancora di più uno strumento di aggregazione sociale, perciò coloro che manifestano un reale desiderio di cambiamento, o si impegnano a non frequentare i luoghi e le persone che ne fanno uso, sperimentando un certo isolamento sociale, o vengono continuamente sollecitati dagli amici a ricadere.
- Il rapporto con la soddisfazione e con le regole sono disarticolati, destrutturati. Il desiderio si deve esaurire nell'immediatezza, perché altrimenti il soggetto si perde e desiste lungo il cammino per raggiungerlo.
- L'abuso e i comportamenti devianti di questi ragazzi esprimono un vuoto molto profondo scaturito da tutta una serie di mancanze e fallimenti delle "esperienze basilari del sé". Tali pazienti mostrano una fenomenologia clinica riconducibile all'organizzazione borderline, soprattutto sul piano del vissuto di vuoto e sul piano dell'impulsività e del passaggio all'atto. Tra i criteri utilizzati da Kernberg per la descrizione della psicopatologia borderline viene inclusa la "diffusione dell'identità", che potrebbe essere letta come la manifestazione di una disgregazione dei modelli di rappresentazione delle relazioni. L'abuso di sostanze dei giovani pazienti del Servizio Territoriale "Millefiori" rimanda a un disancoraggio esistenziale che trova le sue radici nello sfilacciamento della trama relazionale e intergenerazionale. La dimensione "famigliare"¹³ è infatti carica di conflitti e di traumi. Inoltre non è solo il ragazzo a sentirsi abbandonato a sé stesso, ma ritroviamo anche nella famiglia un intenso vissuto di solitudine, di impotenza e di confusione.

5. Nuove prospettive di intervento nel territorio

Alla luce delle osservazioni presentate, si possono sottolineare e proporre alcune coordinate per lo sviluppo del Servizio Territoriale "Millefiori".

Innanzitutto, si rende necessario sviluppare il lavoro di rete, facendo sì che si possa costruire un clima e una procedura condivisa dove il risultato del lavoro integrato possa essere maggiore della somma dei singoli interventi, soprattutto laddove il caso è molto complesso.

Sarebbe dunque opportuno consolidare una rete di lavoro¹⁴ che possa garantire un intervento integrato (soprattutto per i soggetti più giovani). In alcuni casi

¹³ Scabini E., Cigoli V., *Il familiare. Legami, simboli e transizioni*, Cortina, Milano 2000.

¹⁴ Aa.Vv., *Lógica Colectiva, Clínica Nodal. Acerca del Trabajo Institucional en Red*, Lectra Viva, Buenos Aires 2004.

abbiamo infatti verificato che il Servizio Territoriale “Millefiori” potrebbe aprire la possibilità di un “tempo preliminare” per la costruzione di una domanda di trattamento comunitario. La mobilità del Servizio Territoriale “Millefiori” consente all’educatore di incontrare il paziente nel suo contesto, senza tuttavia scivolare in un rapporto che confonde le differenze tra i ruoli e i soggetti coinvolti nella relazione. Tale presupposto metodologico apre infatti l’opportunità per un “incontro”.

Sarebbe inoltre auspicabile valorizzare la declinazione clinica¹⁵ del Servizio Territoriale “Millefiori”. Abbiamo infatti constatato che senza una consapevolezza clinica non è possibile né pianificare un progetto educativo che sia sensibile alla singolarità del caso né condurre il paziente in un percorso realmente trasformativo. La componente clinica del progetto educativo si rivela quindi necessaria come antidoto a ogni spontaneismo operativo o a ogni standardizzazione e burocratizzazione dell’incontro con il paziente. Si tratta di una considerazione che abbiamo verificato come imprescindibile soprattutto nell’incontro con i familiari, quando cioè il campo terapeutico si allargava e diventava più complesso. Da lato un occorre dunque porre un maggiore accento sulla dimensione clinica implicata negli interventi socio-educativi e dall’altro sarebbe necessario predisporre un dispositivo di intervento per le famiglie.

In alcuni casi il Servizio Territoriale “Millefiori” ha dovuto allargare il focus terapeutico alla rete dei rapporti familiari, intervenendo sui singoli e sul sistema famiglia per riuscire a far fronte alla complessità delle situazioni cliniche dei soggetti giovani ma anche dei pazienti adulti cronici. Si tratta dunque di incrementare la funzione di sostegno e di rielaborazione della dimensione familiare, svolgendo in tal modo la funzione di strumento di raccordo mentale e relazionale.

Infine, ma non per questo meno importante, il Servizio Territoriale “Millefiori” proprio per le sue caratteristiche operative (di collaborazione con molteplici servizi e di presenza diretta nei luoghi e negli spazi di vita reali dei pazienti) potrebbe diventare uno strumento di osservazione privilegiato del cambiamento del tipo di utenza e dei bisogni che negli anni futuri ci troveremo ad affrontare. La funzione di un Servizio Territoriale come il “Millefiori” potrebbe infatti esplicitarsi anche in un’attività di monitoraggio delle trasformazioni antropologiche e psicopatologiche che vengono determinate dai cambiamenti del discorso storico-sociale.¹⁶ In tal modo, il lavoro sul territorio potrà dare un ancoraggio empirico alla proposta di

¹⁵ Stanghellini G., Rossi Monti M., *Psicologia del patologico. Una prospettiva fenomenologica-dinamica*, Cortina, Milano 2009.

¹⁶ Termino N., “Esistenze borderline e mondo tossicomane”, in *La generatività del desiderio. Legami familiari e metodo clinico*, pref. di Pontalti C., FrancoAngeli, Milano 2011, pp. 133-144.

alcune innovazioni che potrebbero contribuire alla costruzione di un modello teorico-applicativo che sia allo stesso tempo duttile per la prassi e pronto a rispondere all'evoluzione delle caratteristiche dei pazienti.